FORMATO INFORMES MENSUAL Y/O PERIODICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS - CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO

VERSIÓN: 001							Pagina: 1 de 1
Dependencia:	**SECRETARÍA DE SALUD Y DEPORTES**	**Número de pago:**	**10**	**Total de pagos:**	**10**	**Fecha:**	**30 DE DICIEMBRE DE 2024**

ACTO ADMINISTRATIVO

Marque con "X"		DATOS ESPECÍFICOS							
OPS		Número:	150-11-01-005-2024			Fecha de iniciación:		25 DE MARZO DE 2024	
CONTRATO		Fecha de suscripción:	22 DE MARZO DE 2024			Fecha de terminación:		31 DE DICIEMBRE DE 2024	
RESOLUCIÓN		N° CDP:	237	Fecha	20 de marzo de 2024	Duración:	9	Meses 7	Días
FACTURA		N° RP:	437	Fecha :	25 de marzo de 2024	Período a pagar:		25 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	
CONVENIO	X	Requiere Informe:	SI: X	NO:		Suspensión No.:		En tiempo:	
		Entregó Informe:	SI: X	NO:		Prorroga: No.:		En tiempo:	

Objeto: AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL MUNICIPIO DE VENECIA Y LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA ANTIOQUIA, PARA LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PARA EL AÑO 2024

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	E.S.E HOSPTAL SAN RAFAEL DE VENECIA								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	890980367-0	DV.	
Dirección:									
Número de Teléfono:	-			FAX:			CEL.	-	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número	3,987E+11	Banco:	DAVIVIENDA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"				
Persona Natural:	-	Persona Jurídica:	-	
Gran Contribuyente:	-	Autoretenedor:	-	
IVA Régimen Común:	-	Entidad sin ánimo de lucro	-	
Actividad IICA- Código CIIU:		8610	Tarifa:	-
He verificado de esta información frente al RUT :			SI: X	NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:		$ 173.338.940,00
Adición No.	0	$ 45.242.775,00
Adición No.		$ 0,00
Adición No.		$ 0,00
Valor Total del contrato:		$ 218.581.715,00

Valor pagado:

Anticipo		
$ 0,00		
Primer Pago	Segundo Pago	Tercer pago
$18.177.164,00	$24.744.923,00	$ 6.798.073,00

Cuarto pago	Quinto Pago	Sexto Pago
$ 17.928.608,00	$ 35.793.781,00	$ 20.649.370,00

Septimo Pago	Octavo Pago	Noveno Pago
$ 23.549.672,00	$ 17.745.015,00	$ 7.952.334,00

Decimo Pago	Onceavo Pago	Doceavo Pago
$ 45.242.775,00	$ 0,00	$ 0,00

Total Pagado:	$ 173.338.940,00
Valor a pagar en el periodo:	**$ 45.242.775,00**
Saldo:	$ 0,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: x	NO:	# de folios:	9
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: x	NO:		
Se remitió al Comité de contratación:	SI:	NO: X	Fecha:	
Observaciones del supervisor a los trabajos ejecutados:				

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado $ 12.774.200	Periodo	25 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	Valor pagado $ 17.232.400	Periodo	25 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024
Comprobante de pago Número:		74320194	Comprobante de pago Número:		74320194
Fecha de pago:		18 de noviembre de 2024	Fecha de pago:		18 de noviembre de 2024

Aportes ARP					
Valor pagado $ 2.279.800	Periodo	25 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	Pensionado:	SI:	NO: X
			Certificación:	SI:	NO: x

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: X

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Anexos: Copia de aporte a pensión SI: X NO:

Copia de aporte a salud SI: X NO:

Copia aporte ARP SI: X NO:

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHN HENRY MARIN RODRIGUEZ

C.C.: 70.663.198

CARGO: SECRETARIO DE SALUD Y DEPORTE

enlace operativo

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-18, 02:22:38 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA
NIT	NI 890980367
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	74320194
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1059295928
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 41.487.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	10	$ 6.785.800	$ 0
N800229739	230201	PROTECCION	6	$ 5.032.600	$ 0
N900336004	25-14	COLPENSIONES	11	$ 4.342.700	$ 0
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 1.071.300	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	9	$ 2.416.000	$ 0
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1	$ 222.900	$ 0
N900156264	EPS041	CMRC.RECA.FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD	1	$ 741.500	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	17	$ 9.393.800	$ 0
N800226175	14-25	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES	28	$ 2.279.800	$ 0
N890900842	CCF03	COMFENALCOANTIOQUIACCF	28	$ 4.088.700	$ 0
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	28	$ 2.045.300	$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	28	$ 3.066.600	$ 0
			SubTotales:	$ 41.487.000	$ 0
			Total a Pagar:		$ 41.487.000

nlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

ace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar